ITEM 274 : VOMISSEMENTS DE L'ENFANT

Seule la partie pédiatrique des items est traitée ici. La partie adulte est traitée dans le CODEX d'HGE.

Vomissement = rejet actif de tout ou partie du contenu gastrique ou intestinal par la bouche.
- Associe une contraction du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale.
- Précédés de **nausées, pâleur, hypersalivation, sueurs diffuses.**
- Motif fréquent de consultation, souvent en urgence.

DD			- **Régurgitations** : remontée passive du contenu gastrique, sans effort, fréquente après la tétée chez le nourrisson. - **Mérycisme** : rumination volontairement régurgitée, remâchée puis redéglutie.
SITUATIONS D'URGENCE	Urgence symptomatique		= Retentissement des vomissements : - **Hypovolémie, déshydratation aiguë.** - **Mauvais état nutritionnel** (courbe poids-taille).
	Urgence étiologique		- **Chirurgicale** : hernie étranglée, volvulus, invagination intestinale, torsion d'annexe, appendicite aiguë, péritonite, sténose du pylore… - **Neurologique** : hématome sous-dural, tumeur cérébrale, méningite… - **Métabolique** : acidocétose diabétique, hypoglycémie, insuffisance surrénalienne aiguë, intoxication médicamenteuse, anaphylaxie…
	CAT		- Correction d'une hypovolémie : - **VVP** avec prélèvement d'un **ionogramme sanguin.** - **Remplissage vasculaire.** - Préparation à une intervention chirurgicale : **autorisation parentale, mise à jeun, CPA, bilan préopératoire.** - **Sonde naso-gastrique** si vomissements abondants/syndrome occlusif. - **Antiémétique IV** si besoin.
ENQUÊTE DIAGNOSTIQUE	C		- Caractéristiques des vomissements : récents ou anciens, évolution, fréquence, horaire préférentiel, abondance, aspect (alimentaire, bilieux, sanglant). - Contexte : âge, antécédents néonatals et chirurgicaux, régime alimentaire, croissance staturo-pondérale, traitement. - Facteur déclenchant : aliments ou circonstances particulières, autodéclenchement. - Signes associés : - Digestifs : **soif, anorexie, douleurs abdominales, diarrhée, constipation, rectorragie…** - Extradigestifs : **fièvre, céphalées, polyuro-polydipsie…**
	Bio		- **Ionogramme sanguin ± GDS** : si déshydratation, ou recherche d'alcalose hypochlorémique (sténose du pylore), acidocétose diabétique. - **NFS, CRP** : recherche de syndrome infectieux +/- **bactériologie** (coproculture, BU ± ECBU, ponction lombaire). - **Glycémie veineuse, enzymes hépatiques, toxiques ± bilan métabolique.** - **Bilan préopératoire** : groupage, bilan d'hémostase. - **β-hCG** chez l'adolescente.
	PC		- Exploration digestive : - **Échographie abdominale** (examen de référence si point d'appel abdominal). - **Scanner abdominopelvien** à discuter si syndrome occlusif. - **ASP** possiblement indiquée si vomissements bilieux. - **Fibroscopie œsogastrique** : si vomissement sanglant ou signes d'œsophagite. - **Imagerie neurologique** : si vomissements en jet avec céphalées matinales/signes de localisation.
VOMISSEMENTS AIGUS/OCCASIONNELS	Syndrome infectieux évident		- **Gastro-entérite** → les vomissements peuvent précéder la diarrhée de plusieurs heures. - **Infection ORL : otite, rhinopharyngite, angine, stomatite.** - Autre infection : **urinaire, méningite, respiratoire** (sur efforts de toux : **coqueluche, rhinopharyngite**), **hépatite** (ictère, hépatalgie, contexte de voyage/alimentation à risque)**, appendicite, péritonite.**
	Absence de syndrome infectieux	Nouveau-né	- **Atrésie** ou **sténose duodénale** ou du grêle. - **Iléus méconial** (mucoviscidose). - **Volvulus** du grêle par malrotation intestinale. - **Maladie de Hirschsprung.** - **Entérocolite ulcéronécrosante** (prématuré ++).
		Nourrisson, enfant	- Cause chirurgicale : **hernie étranglée, volvulus, appendicite aiguë, torsion testiculaire ou ovarienne, occlusion intestinale sur bride.** → **Invagination intestinale aiguë** : 3 mois-3 ans, douleurs abdominales intenses avec arrêt du transit +/- rectorragies. - Cause neurologique (HTIC) : **hématome sous- ou extradural, tumeur cérébrale, HSA/MAV** (céphalées intenses), **traumatisme infligé** chez le nourrisson (lésions associées).

		Nourrisson, enfant	- Cause métabolique : **hypoglycémie, acidocétose diabétique, dyscalcémie, dysnatrémie** (insuffisance surrénalienne aiguë). **- Grossesse extra-utérine** (adolescente). - Toxique : **hypervitaminose A et D, intoxication médicamenteuse ou au CO.** - Allergie alimentaire : **forme IgE médiée, SEIPA aigu.**
VOMISSEMENTS CHRONIQUES/RÉCURRENTS	**Erreur diététique**		➙ A éliminer : **quantités excessives, forcing alimentaire.**
	Affection digestive		- Chez le nourrisson : **sténose du pylore** ➙ URGENCE. - **RGO** : début précoce, vomissements postprandiaux ± tardifs, souvent associés à des régurgitations, favorisées par le changement de position ou le décubitus, sans retentissement majeur sur le poids. - **Allergie aux protéines de lait de vache** : apparition au sevrage de l'allaitement maternel, atopie familiale, diarrhée et eczéma associés (forme retardée, SEIPA chronique). - **Œsophagite à éosinophiles.** - **Maladie cœliaque** (plus rare).
	Pathologie chronique		- **HTIC.** - **Insuffisance cardiaque.** - **Tubulopathie, insuffisance rénale.** - **Hépatopathie.** - **Chimiothérapie anticancéreuse.**
	Maladie métabolique		- **Acidocétose diabétique.** - **Hyperplasie congénitale des surrénales.** - **Galactosémie, fructosémie, anomalie du cycle de l'urée** (hyperammoniémie).
	Autres		- **Vomissements cycliques** (équivalent de migraine) : très intense, par périodes espacées de plusieurs semaines, durée de quelques heures-jours, aucun symptôme entre les crises. - **Vomissements psychogènes** : une des causes principales de vomissements inexpliqués de l'enfant. - **Vomissements provoqués** : trouble du comportement alimentaire (adolescent+).
	- Étiologique en premier lieu +++. - Prévention et prise en charge de la **déshydratation**, **sucrage oral fractionné** (si vomissements cétonémiques sur virose).		
	Antiémétique		➙ En l'absence de cause justifiant un traitement spécifique, un traitement symptomatique peut être proposé. Très peu d'études randomisées ont mesuré leur efficacité chez l'enfant. - **Ondansétron** (Zophren®) : le seul ayant clairement démontré son efficacité (AMM réservée aux vomissements induits par les chimiothérapies et aux vomissements postopératoires). - **Autres traitements** : métopimazine (Vogalène®), alizapride (Plitican®), dropéridol (Droleptan® : vomissements postopératoires). ➙ Le **métoclopramide** (Primpéran®) est contre-indiqué chez l'enfant.

STÉNOSE DU PYLORE

Sténose du pylore = **hypertrophie des fibres musculaires du muscle pylorique** ➙ urgence diagnostique et thérapeutique.

DIAGNOSTIC	Contexte	- Jeune nourrisson, souvent chez le garçon, parfois antécédents familiaux de sténose du pylore. - Survenue avec un intervalle libre de **3 à 5 semaines** après la naissance.
	SF	- **Vomissements** : - Explosifs, en jet, abondants, toujours de **lait caillé** blanc, non teinté de bile. - Généralement à distance des repas (30 à 60 minutes). ➙ Jamais bilieux : obstacle en amont de l'abouchement des voies biliaires. - **Appétit conservé**, contrastant avec la **cassure de la courbe pondérale.** - Aggravation progressive.
	SC	- **Dénutrition** avec **déshydratation variable.** - Signes évocateurs : - **Olive pylorique** : masse ferme et mobile au niveau de l'hypochondre droit. - **Ondulations péristaltiques** de l'estomac.
	PC	- **Ionogramme sanguin/gaz du sang** : **alcalose hypochlorémique.** - **Échographie abdominale** = confirmation diagnostic : - Aspect **en cocarde.** - **Allongement du canal pylorique** (> 15 mm), **stase gastrique.** - **Épaississement du muscle pylorique** (≥ 4 mm).
TTT		- Correction de la déshydratation et des troubles ioniques. - **Traitement chirurgical** systématique : **pyloromyotomie longitudinale extramuqueuse.**

HÉMATÉMÈSE (ITEM 355) – HÉMORRAGIE DIGESTIVE)

DIAGNOSTIC	Définition	- **Rejet de sang rouge ou noirâtre** au cours d'un effort de vomissements, d'origine digestive. - **Rarement sévère** en pédiatrie.
	DD	- Saignement ORL dégluti. - Hémoptysie.
	Démarche diagnostique	- Diagnostic souvent évident cliniquement. - Si **doute** (collapsus inexpliqué ou rectorragie abondante) : pose de **sonde gastrique.** - **Endoscopie digestive haute** pour déterminer la cause : en urgence seulement si hémorragie non contrôlée (geste hémostatique), non nécessaire pour un syndrome de Mallory-Weiss.
ÉTIOLOGIES	**Nouveau-né**	- **Œsogastrite néonatale** : stress maternel, prise de médicaments à T3, aspiration traumatique…
	Nourrisson	- Sang d'origine maternelle dégluti chez un enfant allaité. - Rarement **œsophagite peptique** par reflux.
	Enfant	- **Ulcère surtout duodénal.** - **Gastrite** le plus souvent médicamenteuse.
	Autres	- Fréquemment **syndrome de Mallory-Weiss** (ulcérations œsophagiennes par vomissements répétés). - Plus rarement **rupture de varices œsophagiennes** en contexte d'hypertension portale : cavernome portal après un cathétérisme ombilical à la naissance.
TTT	- Prise en charge en urgence selon importance du saignement et retentissement hémodynamique. - Traitement symptomatique non spécifique : VVP de bon calibre, monitorage cardiorespi, remplissage, transfusion… - Traitement étiologique.	